

様式第1号（第15条関係）

国民健康保険特定疾病認定兼療養受療証交付申請書

うるま市長 様 申請者（世帯主） 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 届出人 住 所 _____ 氏 名 _____ 申請者との関係 _____ 電話番号 _____	年 月 日																						
下記のとおり特定疾病の認定及び受療証の交付を申請します。																							
被保険者証記号番号	う国	世帯主氏名																					
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
認定対象者氏名																							
生年月日	年 月 日	世帯主との続柄																					
交付事由	<input type="checkbox"/> 新規交付・ <input type="checkbox"/> 再交付・ <input type="checkbox"/> その他()																						

医師の意見書	疾 病 名	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ※人工腎臓の開始年月日（ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
	上記のとおり診療を受けていることを証明する。 _____ 年 月 日 医療機関名 _____ 医 師 名 _____ (印)	

交付年月日	年 月 日	課 長	係 長	担 当	受 付
発効期日	年 月 日				
自己負担限度額	<input type="checkbox"/> 1万円 ・ <input type="checkbox"/> 2万円				
有効期限	年 月 日 ・ <input type="checkbox"/> 期限なし		本庁・石川・勝連・与那城		